

République algérienne démocratique et populaire
Ministère de l'enseignement supérieur et de la recherche scientifique

Université Mahmoud Mentouri Constantine

Faculté de médecine

MCD / 2614

Département de chirurgie dentaire, campus Chihani Bachir

MÉMOIRE DE FIN D'ÉTUDE EN VUE D'OBTENTION DU DIPLÔME DE DOCTEUR EN
MÉDECINE DENTAIRE

Thème :

Bruxisme et Prothèse fixée

Les étudiants :

Ghodhbane Asma

Ghedabna Ahmed

Ferradj Hind

Grine Wassim

Quendouz Fakhreddine

Hachani Imene

Ferhat Rahima

Encadré par :

Dr : Boukabeche hanane

Dr : Machtoub mohamed

Année universitaire : 2012 / 2013

Sommaire

CHAPITRE I : INTRODUCTION GENERALE :	4
CHAPITRE II : DEFINITION DU GENERALE :	5
CHAPITRE III : TYPES DU BRUXISME :	7
III.1. Bruxisme centré et bruxisme excentré	7
III.2. Bruxisme d'éveil et bruxisme du sommeil	7
III.3. Bruxisme primaire et bruxisme secondaire	7
III.4. Brycose	9
III .5. Bruxisme chez l'enfant	10
III.6. Classification selon le degré de l'usure	10
CHAPITRE IV : SINGNES ET SYMPTOMES DU BRUXISME :	13
IV.1. Au niveau des dents	13
IV.1.1. Usure dentaire (attrition)	13
IV. 1.2. Fendillements, fissures, fractures	14
IV .1.3. Mortification	15
IV .1.4. Prothèses	15
IV.2. Au niveau des muscles	15
IV.3. Au niveau des articulations	16
IV.4. Au niveau du parodonte	17
CHAPITRE V : FACTEURS ETIOLOGIQUES :	18
V. 1. Activité rythmique des muscles masticateurs (ARMM)	18
V.2. Bruxisme et sommeil	19
V.2.1. Généralités sur le sommeil	19
V.2.2. Les rapports du bruxisme et du sommeil	21
V.3. facteurs locaux et systémiques	25
V.4. Aspects neurochimique et psychophysiologiques	26
• Facteurs neurochimique	26
• Facteurs psychophtsiologique	30
• Synthèse	30

V.5. Système nerveux autonome.....	31
V.6. Facteurs génétiques.....	31
V.7. Facteurs périphériques sensoriels.....	31
V.8. Théorie neurobiologique.....	32
V.9. Théorie "thergosis".....	32
V.10. Bruxisme et pathologies.....	33
V.11. Conclusion.....	34
CHAPITRE VI : EPIDEMIOLOGIE :	35
CHAPITRE VII : DIAGNOSTIC :	36
VII.1. Critères cliniques diagnostiques pour le bruxisme.....	36
VII.2. Diagnostic différentiel.....	38
VII.2.1. Au niveau clinique.....	38
VII.2.2. En laboratoire de sommeil.....	40
VII.3. Critères diagnostiques positif (diagnostic prothétique).....	40
CHAPITRE IX : DEMARCHE THERAPEUTIQUE NON INVASIVE :	43
IX.1. Education du patient.....	43
IX.1.1. Prise de conscience et motivation du patient.....	43
IX.1.2. Bruxisme et hygiène de vie.....	44
IX.1.3. Approche cognitive.....	45
IX.2. Approche pharmacologique (stress).....	47
IX.3. Gouttière occlusale.....	48
IX.3.1. Définition.....	48
IX.3.2. Principes généraux.....	49
IX.3.3. Types de gouttières (selon l'étiologie et le degré).....	51
IX.3.4. Conclusion.....	65
CHAPITRE X : TRAITEMENT PROTHETIQUE EN PRESENCE DE BRUXISME:	67
X.1. Objectifs.....	67
X.2. Définition de la DV, DVO, DVR, ELI.....	68
➤ Signes cliniques d'une perte de DV.....	69
➤ Evaluation de la DVO et DVR existante.....	70
➤ Classification de TURNER et MISSIRLIAN.....	71
X.3. Changement de la dimension vertical.....	71

X.4. Relations mandibulaires.....	73
➤ Relation mandibulaire verticale.....	73
➤ Relation mandibulaire horizontale (position de référence).....	74
➤ Hauteur coronaire prothétique.....	74
X.5. Chirurgie d'élongation coronaire.....	74
X.6. Reconstruction prothétique partielle.....	76
CHAPITRE XI : BRUXISME ET MATERIAUX PROTHETIQUE :	77
CHAPITRE XII :REHABILITATION PROTHETIQUE D'UNE DENTURE SEVEREMENT	
ABRASE:	79
XII.1. Introduction.....	79
XII.2. Réhabilitation prothétique d'une denture sévèrement abrasée.....	79
2.1. Première étape : cire de diagnostic vestibulaire au maxillaire et plan d'occlusion.....	79
2.2. Deuxième étape : cire de diagnostic occlusale postérieure et nouvelle occlusion avec une dimension verticale d'occlusion augmentée.....	80
2.3. Troisième étape : le guidage antérieur.....	83
2.4. Troisième étape de laboratoire : la fabrication des onlays linguaux.....	89
2.5. Troisième étape clinique : Le rétablissement des contacts antérieurs et du guidage antérieur.....	91
CHAPITRE XIII : CAS CLINIQUE.....	99
CHAPITRE XIV : PROTHESE IMPLANTAIRE ET BRUXISME :	108
XV : CONCLUSION.....	109

XV. CONCLUSION :

Il semble donc que le bruxisme représente la manifestation exagérée d'un type d'activité que l'on rencontre normalement chez presque tous les individus. Son diagnostic repose encore sur des données empiriques bien qu'il soit relativement simple à établir en laboratoire de sommeil. Les facteurs occlusaux ont longtemps été considérés comme les principaux responsables du bruxisme mais les recherches ont montré une origine centrale.

Son étiologie plurifactorielle rend son traitement particulièrement difficile et il est à l'heure actuelle impossible d'empêcher complètement cette activité para-fonctionnelle. Le praticien confronté à un patient bruxeur devra dans un premier temps lui faire prendre conscience de son activité et des conséquences sur son système masticateur à plus ou moins court terme afin que les patients apprennent à mieux la maîtriser. Une approche pluridisciplinaire devra être mise en œuvre dans la prise en charge de ces patients.

Lorsqu'une solution prothétique est devenue indispensable, certains paramètres devront impérativement être pris en compte avant le début du traitement, notamment la dimension verticale d'occlusion. Ces traitements seront toujours difficiles car la restauration prothétique, en plus de satisfaire aux exigences esthétiques et fonctionnelles, devra s'incorporer dans la para-fonction. Le port d'une gouttière protectrice sera un impératif incontournable dans le traitement de ces patients pour protéger les restaurations mais aussi pour éviter les réclamations judiciaires.

La surveillance régulière est indispensable notamment dans les cas prothétiques importants pour maintenir les relations occlusales choisies pour la prothèse mise en place.